

KEBERADAAN PENGAWAS MINUM OBAT (PMO) PASIEN TUBERKULOSIS PARU DI INDONESIA

Murtiwi *

Abstrak

Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit menular yang menyebabkan kematian, dan merupakan penyebab kematian ketiga di Indonesia. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001, TBC merupakan penyebab kematian ketiga setelah penyakit kardiovaskular dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, bahkan peringkat pertama penyebab kematian penyakit menular. Jumlah pasiennya sekitar 500.000 orang/tahun dengan kematian sekitar 175.000/tahun, khususnya di daerah pedesaan miskin dan daerah kumuh perkotaan yang rawan kuman (Depkes RI, 2005). Sampai saat ini di seluruh Indonesia program penanggulangan penyakit TBC masih jauh dari yang diharapkan. Salah satu penyebab utama adalah ketidakpatuhan berobat pasien masih tinggi. Oleh karena itu, masalah kepatuhan pasien dalam menyelesaikan program pengobatan merupakan prioritas paling penting. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pengetahuan pasien TBC tentang peran dan tugas PMO. Desain penelitian adalah penelitian analitik dengan teknik potong lintang. Pada desain penelitian ini informasi mengenai perilaku kepatuhan pasien tuberkulosis paru diperoleh secara bersamaan dengan data perilaku yang lain. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keberadaan PMO terhadap kepatuhan berobat pasien TBC paru tidak efektif, hal ini ditunjukkan oleh data 66,6% pasien tidak pernah diingatkan minum obat, 98,5% pasien tidak diawasi saat menelan obat. Pasien berpendapat tidak perlu ada PMO. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pasien memiliki potensi untuk diberdayakan oleh karena itu, temuan ini membuktikan pentingnya pemberdayaan masyarakat yang dapat diawali dengan memfasilitasi terbentuknya kelompok pasien TBC atau self-help group.

Kata kunci: pemberdayaan masyarakat, tuberkulosis

Abstract

Tuberculosis (TBC) as a contagious disease that can lead to death is the third cause of death in Indonesia. The Home Health Survey (Survei Kesehatan Rumah Tangga-SKRT) in 2001 stated that TBC is the third cause of death after the cardiovascular and respiratory disease in all of age groups and that TBC is the first cause of death in the infectious diseases. The number of the patients is approximately 500.000 people/year with the death incident of 175.000 people/year, especially in poor village area and dense city area (DepKes RI, 2005). Until recently, the TBC eradication programme in Indonesia is still far away from expected outcomes. One of the main cause is the high rate of incompliance to treatment. Therefore, the compliance to treatment still becomes the most important priority. This reseach aims to identify clients' knowledge about roles of the health care provider. This reseach uses cross sectional design. In this design, the information about the TBC clients' compliance is included in the other data on attitudes. The study shows that the role of supervisor for administering medication to Lung TBC clients' compliances is ineffective. This result is enhanced by the data that 66.6% clients are never reminded to take the medication. Clients stated that they do not need supervisor for administering medication.

These findings showed that clients have the potency for empowerment, therefore, these results revealed that it is important to start empowering the community which can be started by facilitating the self help group of TBC client.

Key words: : : community empowerment, tuberculosis.

LATAR BELAKANG

Penyakit TBC merupakan penyakit menular yang menyebabkan kematian, dan merupakan penyebab kematian ketiga di Indonesia. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 penyakit TBC merupakan penyebab kematian ketiga setelah penyakit kardiovaskular dan penyakit

saluran pernafasan pada semua kelompok usia, bahkan peringkat pertama penyebab kematian penyakit menular. Jumlah pasiennya sekitar 500.000 orang/tahun dengan kematian sekitar 175.000/tahun, khususnya di daerah pedesaan miskin dan daerah kumuh perkotaan yang rawan kuman (Depkes RI, 2005).

Penyakit ini sampai saat ini di seluruh Indonesia program penanggulangan penyakit TBC masih jauh dari yang diharapkan. Salah satu penyebab utama adalah ketidakpatuhan berobat pasien masih tinggi. Oleh karena itu, masalah kepatuhan pasien dalam menyelesaikan program pengobatan merupakan prioritas paling penting.

Ketidak mampuan pasien menyelesaikan regimen *self-administered*, akan menyebabkan terjadinya kegagalan pengobatan, kemungkinan kambuh penyakitnya, resisten terhadap obat dan terus menerus akan mentransmisikan infeksi (Vijay, Balasangameswara, Jagannatha, Saroja, & Kumar, 2003). Tiap pasien TBC paru potensial dapat menularkan penyakitnya pada 15 orang pasien baru per tahun (Wandwalo, 2000).

Kepatuhan pasien dalam menyelesaikan program pengobatan pada kasus TBC aktif merupakan prioritas paling penting untuk mengendalikan program. Peningkatan persentase pasien yang berobat teratur (patuh) akan memberikan dampak positif, yaitu mengurangi angka penularan, mengurangi kekambuhan, menghambat pertumbuhan kuman, mengurangi resistensi kuman terhadap obat, dan mengurangi kecacatan pasien. Pada akhirnya jumlah pasien TBC akan menurun.

METODE

Desain penelitian adalah penelitian analitik dengan teknik potong lintang. Pada desain penelitian ini informasi mengenai perilaku kepatuhan pasien tuberkulosis paru diperoleh secara bersamaan dengan data perilaku yang lain.

Populasi target adalah seluruh pasien TBC paru BTA positif dan BTA negatif rontgen positif. Sampel penelitian adalah pasien TBC paru yang mendapat pengobatan program pemberantasan TBC strategi DOTS, dan memenuhi kriteria berikut:

- a. Pasien TBC paru
- b. Jenis kelamin laki-laki dan perempuan
- c. Berusia lebih dari 14 tahun

- d. Pasien belum dinyatakan sembuh (pengobatan lengkap, lalai, putus berobat, gagal) maupun yang sudah sembuh
- e. Peserta program pengobatan TBC paru
- f. Bersedia ikut dalam penelitian

Jumlah sampel penelitian sebanyak 760 pasien. Instrumen yang digunakan merupakan modifikasi dari Short-Form 36, *Knowledge about tuberculosis* by Hoa, Diwan, Co, & Thorson (2004) dan Pilowsky & Spence (2000). Disamping itu juga diadopsi dari *Indonesian Adaptation of the General Self-Efficacy Scale* by Aisti, Ralf & Mathias (1995) dan modifikasi *Life Satisfaction Index A* dari Neugarten dan Havighurst (1961).

Etika penelitian tetap dipertahankan selama kegiatan penelitian antara lain hak dan kerahasiaan pasien tetap dijaga dengan hanya mencantumkan nomor kode. Sifatnya sukarela, bebas dari tekanan dan paksaan. Apabila pasien tidak menyetujui di tengah kegiatan dan ingin mengundurkan diri maka pasien dapat mengundurkan diri. Waktu yang diperlukan untuk wawancara sekitar 30 menit dengan tetap memperhatikan tingkat kelelahan pasien. Semua data hanya akan disimpan selama lima tahun.

HASIL

Pasien yang mempunyai keluarga meninggal karena TBC paru sebesar 18,4% dan yang mempunyai keluarga dirawat di rumah sakit karena sakit TBC paru sebanyak 15,3%. Pasien yang berpendapat bahwa di lingkungan sekitar rumahnya terdapat banyak orang sakit TBC paru sebanyak 20,7%. Sebagian besar pasien yaitu 69,9% menyatakan tidak mempunyai keluarga yang mendampingi sebagai pengawas menelan obat (PMO). Disamping itu, sebanyak 66,6% pasien menyatakan tidak ada yang mengingatkan untuk minum obat TBC paru.

Pasien yang mempunyai PMO hanya 30,1% dan sebagian besar adalah keluarga yaitu 25,3%

sedangkan pasien yang mempunyai PMO petugas kesehatan hanya 0,6%. Tidak semua pasien yang mempunyai PMO diingatkan minum obat atau diingatkan kontrol kembali ke pusat pelayanan kesehatan. Hal ini dinyatakan oleh 66,6% pasien tidak pernah diingatkan minum obat. Pasien yang menyatakan tidak pernah diingatkan kembali kontrol ke pusat pelayanan kesehatan sebanyak 64,2% sedangkan hampir semua pasien menyatakan tidak pernah diawasi saat menelan obat yaitu sebanyak 97%.

Pasien berpendapat pasien TBC paru tidak perlu didampingi oleh PMO dinyatakan oleh 84,5% pasien, keberadaan PMO tidak efektif karena PMO tidak pernah menjalankan fungsinya yaitu mengingatkan minum obat, mengingatkan kembali kontrol ke pusat pelayanan kesehatan, atau mengawasi pasien TBC saat menelan obat.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa 84,5% pasien TBC paru berpendapat bahwa tidak perlu didampingi PMO, hanya 2,1% pasien yang berpendapat perlu didampingi PMO, sisanya 13,4% pasien menyatakan tidak tahu. Menurut pendapat pasien bahwa tugas PMO terhadap pasien TBC paru adalah mengingatkan minum obat TBC sebanyak 50,5%, yang tidak menyetujui sebanyak 12,3%, sedangkan sisanya 37,2% pasien tidak tahu tugas PMO. Hanya 4,7% pasien berpendapat bahwa tugas PMO terhadap pasien TBC paru adalah mengingatkan kembali kontrol ke pusat pelayanan kesehatan, sebanyak 64,2% pasien tidak setuju, dan sisanya 31,1% pasien menyatakan tidak tahu tugas PMO. Pasien yang berpendapat bahwa tugas PMO terhadap pasien TBC paru adalah mengawasi pasien saat menelan obat hanya 1,5%, hampir seluruh pasien 97% berpendapat tidak setuju bahwa tugas PMO mengawasi pasien menelan obat dan sisanya 1,5% pasien menyatakan tidak tahu.

Secara rinci data mengenai keberadaan PMO pasien TBC paru dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel
KEBERADAAN PMO PASIEN TBC PARU

		n	%
Mempunyai PMO	tidak punya	531	69.9
	punya	229	30.1
hubungan dengan PMO :	keluarga	192	25.3
	tetangga	32	4.2
	petugas	5	0.6
	tiap hari	77	33.4
diingatkan makan obat:	tidak pernah	152	66.6
Harus didampingi PMO	tidak perlu	642	84.5
	perlu	16	2.1
	tidak tahu	102	13.4
Tugas PMO	meingatkan makan obat:	ya	384 50.5
		tidak	93 12.3
		tidak tahu	283 37.2
mengingatkan kontrol:	ya	36	4.7
	tidak	495	64.2
	tidak tahu	229	31.1
mengawasi menelan obat:	ya	11	1.5
	tidak	737	97.0
	tidak tahu	12	1.5

Sumber: Hasil Penelitian 2004

Disamping itu, pasien yang menyatakan bahwa sakit TBC paru tidak membatasi pergaulan dalam keluarga sebanyak 70,9%. Walaupun sebesar 59,1% pasien menyatakan keluarga mengharapkan pasien segera sembuh, namun hanya sebesar 39,7% pasien menyatakan ada keluarga yang mengingatkan untuk minum obat TBC paru. Pasien yang mendapat perawatan dan perhatian keluarga selama sakit TBC paru sebanyak 43,6%. Pasien yang berpendapat bahwa pelayanan petugas kesehatan baik sebanyak 55%. Petugas kesehatan menjelaskan cara minum obat TBC paru dinyatakan oleh 52,9% pasien.

PEMBAHASAN

Sebagian besar pasien yaitu 69,9% tidak didampingi pengawas menelan obat (PMO) dan sebanyak 66,6% pasien tidak ada yang mengingatkan untuk minum obat TBC paru. Temuan ini menunjukkan bahwa tidak setiap pasien mempunyai PMO dan tidak ada yang mengingatkan minum obat

TBC selama pengobatan. Menurut petunjuk pelaksanaan program pengobatan pemberantasan TBC, setiap pasien TBC yang mendapat pengobatan harus didampingi oleh PMO untuk melakukan observasi langsung (DOTS= *direct observed treatment shortcourse*) (WHO, 1999).

Hubungan pasien dengan PMO adalah keluarga (suami, istri, anak, menantu, ayah, ibu, kakak, adik, nenek atau saudara) sebesar 25,3%. Hanya sekitar 0,6% pasien yang mempunyai PMO petugas kesehatan dan sebesar 4,2% hubungan PMO adalah tetangga. Pasien yang menyatakan diingatkan minum obat TBC setiap hari sebanyak 33,4% dan sisanya sebanyak 66,6% menyatakan tidak pernah diingatkan minum obat TBC walaupun mempunyai PMO.

Temuan menunjukkan bahwa tidak semua PMO menjalankan fungsinya dengan benar yaitu mengingatkan minum obat pasien TBC paru setiap hari. Sebenarnya sesuai dengan DOTS harus observasi langsung yaitu melihat dengan pasti bahwa obat telah diminum pasien. Sesuai dengan program pemberantasan penyakit TBC paru yang menjadi PMO adalah lebih baik petugas kesehatan, tetapi temuan penelitian ini hanya 0,6% yang menjadi PMO petugas kesehatan.

Temuan-temuan tentang PMO yang didapatkan dari penelitian ini merupakan informasi yang sangat berharga atau merupakan umpan balik bagi petugas kesehatan yang dapat digunakan untuk merencanakan dan menerapkan program promosi atau edukasi kesehatan pasien TBC paru. Penanggulangan masalah kesehatan komunitas yaitu ketidakpatuhan berobat pasien TBC paru perlu direncanakan dengan baik, bagaimana program edukasi kesehatan diberikan dan apa yang diperlukan oleh pasien. Di samping itu, perlu dipikirkan metode yang paling tepat dan paling sesuai dengan komunitas setempat (DepKes RI, 2005a).

Petugas kesehatan yang merupakan bagian dari pusat kesehatan masyarakat adalah tim kesehatan terdiri dari dokter umum, perawat komunitas, bidan, dan tenaga kesehatan yang lain. Petugas kesehatan selalu berupaya agar keluarga dan masyarakat makin berdaya di bidang kesehatan. Disamping itu, petugas kesehatan memotivasi, memfasilitasi, dan menggali

partisipasi aktif masyarakat di bidang kesehatan (DepKes RI, 2002).

Edukasi kesehatan dalam rangka promosi kesehatan sehubungan dengan kepatuhan berobat pasien TBC paru merupakan salah satu peran perawat komunitas (*community health nurses*). Perawat komunitas sebagai petugas kesehatan selain memberi edukasi tentang penyakit TBC paru dengan menggunakan lembar balik bergambar, memasang poster, membagikan brosur atau *leaflet* yaitu bahan informasi tertulis tentang penyakit TBC paru. Masyarakat dihimbau agar datang ke pelayanan kesehatan apabila merasa ada gejala penyakit TBC paru seperti tanda dan gejala yang telah diinformasikan (Nies & McEwen, 2001).

Informasi dan wawasan kesehatan tentang TBC paru diberikan pada setiap kesempatan di mana komunitas berkumpul. Selain itu diinformasikan pada pasien TBC paru dan keluarganya, apabila sewaktu-waktu ada yang ingin ditanyakan terkait dengan TBC petugas kesehatan bersedia membantu. Apabila komunitas telah mengetahui bahwa pasien atau keluarga sewaktu-waktu dapat datang ke petugas kesehatan di lingkungan tempat tinggalnya untuk mendapatkan informasi khususnya tentang TBC paru, berarti komunitas telah dapat diberdayakan (McMurray, 2003).

Perawat komunitas memberikan informasi tentang TBC paru pada kelompok-kelompok komunitas yang ada di masyarakat, seperti misalnya posyandu. Kader kesehatan di masyarakat mempunyai keluarga binaan di lingkungan dekat tempat tinggalnya. Petugas kesehatan bekerja sama dengan kader kesehatan berperan sebagai fasilitator pada *support group* dalam kelompok komunitas daerah binaannya (McMurray, 2003).

Petugas kesehatan secara berkala dan bergantian mengunjungi kelompok-kelompok komunitas TBC paru, dari kelompok yang satu bergilir ke kelompok yang lain. Tujuan kegiatan ini adalah memberikan dukungan terhadap kelompok pendukung atau *support group* TBC paru. Dukungan petugas kesehatan diberikan selain kepada pasien TBC paru, keluarga pasien juga dukungan kepada kader kesehatan. Kader kesehatan dapat berperan sebagai fasilitator, selain bertugas mencari dan mengawasi pasien TBC paru

dalam program pengobatan, kader kesehatan dapat membantu petugas kesehatan memberikan informasi tentang TBC paru (Washington, 2000).

Kader kesehatan mendapatkan informasi tentang TBC paru dengan mengikuti pelatihan-pelatihan yang diadakan dan diberikan oleh petugas kesehatan. Selain informasi tentang TBC paru juga diajarkan bagaimana memberdayakan komunitas atau pasien dan keluarganya. Petugas kesehatan sebelum memberikan pelatihan kepada kader kesehatan tentunya sudah mendapatkan pelatihan. Materi pelatihan selain mengenai TBC paru juga diberikan materi tentang bagaimana upaya petugas kesehatan dalam memberdayakan komunitas (WHO 1999).

Kelompok komunitas tersebut terdiri dari pasien dan keluarganya, masing-masing anggota kelompok dapat membantu kader kesehatan berperan sebagai pengawas pasien TBC paru dalam program pengobatan, saling mengawasi dan mengingatkan. Di samping itu, tiap anggota kelompok dapat mencari dan menemukan pasien TBC paru yang berada di lingkungan komunitasnya. Sehingga setiap anggota kelompok mempunyai tanggung jawab dan komitmen bersama untuk mencapai derajat kesehatan dan kesejahteraan individu, keluarga, dan berbagai kelompok komunitas yang ada di dalamnya. Diawali dengan adanya kesepakatan bersama tentang keinginan komunitas dalam hal kesehatan. Hal tersebut disepakati oleh komunitas dan tenaga kesehatan yang ada di dalamnya (McMurray, 2003).

KESIMPULAN

Pasien berpendapat tidak perlu ada PMO karena keberadaan PMO selama ini tidak efektif. Hal ini menunjukkan bahwa pasien TBC paru memiliki potensi untuk diberdayakan dengan memfasilitasi terbentuknya kelompok pasien TBC atau *self-help group* (ENT).

KEPUSTAKAAN

- Dep.Kes R.I. (2002). ARRIME *Pedoman Manajemen Puskesmas*. Upaya Kesehatan Keluarga Mandiri. Proyek Kesehatan dan Gizi. Jakarta.
- Dep.Kes RI. (2005). *Pedoman penanggulangan tuberkulosis*. cetakan ke 9, Jakarta: Dep.KesRI.
- Dep.Kes RI. (2005a). *Survei Prevalensi Tuberkulosis Indonesia Tahun 2004*. Jakarta: Ditjen. PPM-PL & Project DOTS Expansion GF ATM-WHO. The Global Funds. tidak dipublikasikan.
- McMurray, A. (2003). *Community Health and Wellness: Socioecological Approach*. Sydney, Harcourt Mosby.
- Nies, M.A., & McEwen, M. (2001). *Community Health Nursing: Promoting the Health of Population*. (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Vijay, S., Balasangameswara, V.H., Jagannatha, P.S., Saroja, V.N., & Kumar, P. (2003). Defaults among tuberculosis patients treated under dots in Bangalore city: a search for solution. *Indian Journal Tuberculosis*, 50, 185-196
- Wandwalo,E.R., & Morkve, O. (2000). Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. *International Journal Tuberculosis Lung Disease*, 4 (2), 133-138.
- Washington,G.M. (2000). Effects group therapy on chemically dependent women's self-efficacy. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, (4), 347-352
- WHO. (1999). *Combating Tuberculosis, Principle for Accelerating DOTS Coverage*. New Delhi, WHO.

* DR. Murtiwi, S.Kp., MS: Staf Akademik Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar FIK-UI
